

(附件二)

臺北市原住民醫療補助申請書

申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出生日期	年	月 日
身分別	<input type="checkbox"/> 設籍並實際居住臺北市 6 個月以上之原住民 <input type="checkbox"/> 族別_____			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) 臺北市 區 路 街 段 巷 弄 號 樓之			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) 臺北市 區 路 街 段 巷 弄 號 樓之			
聯絡電話	(日) (夜) (行動電話)			
檢資附料	<input type="checkbox"/> 最近六個月內醫療費用收據正本。 <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書(應載明入、出院日期及疾病名稱及國際疾病傷害及死因分類標準 ICD。)(正本)。 <input type="checkbox"/> 具領人之郵局或銀行存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 檢附申請人之戶籍資料(證明其原住民身分)。			
申請人簽名		申請日期	年	月 日
原民會審核結果	<input type="checkbox"/> 符合(本市衛生局公告之國際疾病傷害及死因分類標準 ICD) : _____。			
	<input type="checkbox"/> 未符合(原因: _____)。			
	承辦人核章	業務主管核章	機關首長核章	

